

# 広尾病院「オープンキャンパス」・「災害医療研修」参加申込書

平成29年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

	参加研修 (参加希望日に○を記入)	職種	役職	氏名
1	・ 11月27日(月) オープンキャンパス ・ 11月28日(火) 災害医療研修			
2	・ 11月27日(月) オープンキャンパス ・ 11月28日(火) 災害医療研修			
3	・ 11月27日(月) オープンキャンパス ・ 11月28日(火) 災害医療研修			
4	・ 11月27日(月) オープンキャンパス ・ 11月28日(火) 災害医療研修			
5	・ 11月27日(月) オープンキャンパス ・ 11月28日(火) 災害医療研修			

※進行スタッフとして参加希望の方は、氏名欄の余白に「スタッフ参加希望」とご記入ください。

<連絡先>

担当者部署・氏名 \_\_\_\_\_

電話 ・ 内線 \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**【提出先】**

広尾病院 庶務課 災害対策担当 鈴木

電話03(3444)1181(代) 内線2155

ファクシミリ03(3444)3196

Email: Shinya\_1\_Suzuki@マークmember.metro.tokyo.jp